



ISSN: 2013-6757

**REPENSAR O SERVIÇO SOCIAL EM TEMPO DE CRISE
ECONÓMICA E FINANCEIRA EM PORTUGAL**

***RETHINKING SOCIAL WORK IN TIMES OF ECONOMIC AND
FINANCIAL CRISIS IN PORTUGAL***

Maria-Irene Carvalho¹

Carla Pinto²

Jorge Lopes da Costa³

Cristina Duarte⁴

Ana-Paula Garcia⁵

TRABAJO SOCIAL GLOBAL – GLOBAL SOCIAL WORK, 7 (12), Enero-junio 2017

¹ Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Universidade de Lisboa. Portugal.

² Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Universidade de Lisboa. Portugal.

³ Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Universidade de Lisboa. Portugal.

⁴ Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Universidade de Lisboa. Portugal.

⁵ Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa. Portugal.

Correspondencia: ISCSP. Pólo Universitário do Alto da Ajuda. Rua Almerindo Lessa. 1300-663 Lisboa, Portugal.

E-mail: mcarvalho@iscsp.ulisboa.pt

Recibido: **12-11-2016**

Revisado: **08-02-2017**

Aceptado: **12-03-2017**

Publicado: **23-06-2017**

Identificador permanente: <http://hdl.handle.net/10481/47033>

Carvalho, M.I., Pinto, C., Costa, J.L., Duarte, C. e Garcia, A.P. (2017). Repensar o Serviço Social em tempo de crise económica e financeira em Portugal. *Trabajo Social Global – Global Social Work. Revista de Investigaciones en Intervención social*, 7(12), Enero-junio 2017, 120-145

Resumo

Este artigo tem como finalidade contextualizar as transformações da política social na área da ação social e na área da saúde em tempo de crise económica e financeira e de intervenção do fundo monetário internacional, do banco mundial e do banco central europeu (Troika), em Portugal nos últimos quatro anos. Analisamos o programa de emergência social que substituiu o plano nacional de ação para a inclusão e a evolução da implementação da rede nacional de cuidados continuados integrados. A partir destas evidências refletimos sobre os *outcomes* destas transformações no Serviço Social, evidenciando os aspetos negativos e os desafios para a categoria profissional. Para atingir os objetivos optamos pela análise de documentos, dados estatísticos e estudos efetuados nestes últimos anos sobre esta temática. Consideramos que num contexto de escassez de recursos e de orientação da intervenção para a emergência, o Serviço Social é desafiado a repensar-se como profissão sociopolítica tendo em conta a temporalidade da intervenção, a alocação de recursos e a formação dos profissionais.

Abstract

The purpose of this paper is to contextualize social policy transformations in social and health care services in the context of economic and financial crisis, and the subsequent intervention of the International Monetary Fund, the World Bank and the European Central Bank (Troika) in Portugal, over the past four years. We analyze the social emergency program that replaced the national plan for social inclusion, and the implementation of the national integrated network for long term care. Based on the results we reflect on these transformations on Social Work, highlighting the negative aspects and the challenges for this profession. To achieve these objectives we analyzed documents, statistical data and research on this subject. In this context of scarcity and emergency interventions, Social Work is challenged to rethink itself as a sociopolitical profession, taking into account the temporality of the intervention, the allocation of resources and the training of professionals.

PC.- políticas sociais; serviço social; crise financeira; emergência social; ação social; cuidados continuados.

KW.- *social policies; social work; financial crisis; social emergency; social action; long term care*

Introdução

A projeção dos sistemas industriais e tecnológicos, designadamente, as tecnologias de informação e de comunicação (TIC) e a tecnologia aplicada aos seres humanos têm particular relevância na contemporaneidade. E, se por um lado o desenvolvimento tecnológico traz novas possibilidades ao ser humano, como a redução do horário de trabalho e o desenvolvimento da indústria e da agricultura, por outro deixa-o à mercê da tecnologia, da personalização da organização da vida e dos sistemas de trabalho burocratizados.

Estas mudanças revelam uma “nova questão social” traduzida em modelos de desigualdade, pobreza e exclusão social globalizadas. A pobreza não se traduz só nos elevados índices de desemprego e na consequente dificuldade de acesso a bens e serviços, mas também nas “diferenciações que traduzem as vivências de degradação do nível de vida e a sua relação com os serviços sociais, sobretudo os de assistência social e também a relação com o resto da sociedade” (Ferreira, 2013, p. 77). A desigualdade revela-se a nível global e local, entre países no norte e países do sul, entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento. Mas não é possível no contexto social atual, alhear-mo-nos das realidades sociais de qualquer geografia, sabendo que no quadro da gestão da pobreza e da responsabilidade social há o dever de cidadania (Barbalet, 1989).

O caso português é paradigmático no que diz respeito à desigualdade e à pobreza. Nos últimos quarenta anos o país fez um esforço para a construção de um estado social centrado em setores chave como a saúde, a segurança social, educação, emprego e habitação. O estado providência de base universalista constituiu-se a partir de 1974 num contexto democrático, mas o seu desenvolvimento foi balizado pela escassez de recursos económicos e financeiros. O acesso às políticas apesar de ser orientado pelo universalismo nem sempre cumpre esse princípio. Significa isto que o estado providência português é conhecido por ter uma fraca capacidade de ação para fazer face a problemas estruturais como a pobreza ou o desemprego de longa duração (Capucha, 2005).

Apesar de existirem políticas universais a nível da educação, da proteção social e da saúde, o estado providência assumiu sempre um carácter supletivo. Este princípio desafia as organizações privadas, não lucrativas e as famílias a organizarem-se para dar respostas aos problemas sociais existentes e emergentes. Foi com esta tripla face “universalista, privatista e “familiarista” que o estado providência português se desenvolveu e se consolidou.

Desde a entrada de Portugal na União Europeia, em 1986 e até 2010, foram desenvolvidos programas, projetos, e serviços, sobretudo dirigidos a grupos específicos, tais como mulheres, pessoas idosas, crianças, pessoas com deficiência, entre outros. Pela sua importância salientamos alguns bons exemplos: o rendimento social de inserção (1996); as comissões de crianças e jovens em risco (1999); os planos de ação para a inclusão (1999) e a rede de cuidados continuados integrados (2006). Estes programas articulados com as políticas setoriais da saúde, educação e segurança social não só melhoraram a vida das pessoas mas também colocaram Portugal no grupo de países desenvolvidos (INE, 2011).

No atual contexto de crise económica e financeira, o Estado foi obrigado a recuar em algumas das suas funções, sobretudo na área de prestação de cuidados, descentralizando a sua atuação. Esta descentralização implicou a contratualização com entidades privadas lucrativas e não lucrativas na gestão de alguns serviços de caráter social e de saúde. As respostas sociais de apoio a crianças, jovens, pessoas idosas e famílias passaram a ser geridas por instituições não lucrativas e lucrativas; e as instituições de saúde geridas por entidades privadas lucrativas e não lucrativas.

A descentralização desreguladora, das políticas públicas e sociais, promove a terceirização dos serviços sociais onde o Estado passa a ter um papel de regulador e fiscalizador remetendo a função de prestador para as várias entidades da sociedade civil. Este tipo de terceirização tem impactos negativos para a categoria profissional dos assistentes sociais, e para os utilizadores das respostas sociais no que diz respeito à materialização de direitos sociais. Quando exercem a função no Estado os profissionais de Serviço Social assumem funções de controlo e tutela destas instituições, e quando exercem as funções nas instituições da sociedade civil a função de gestores de recursos. Esta gestão é efetuada segundo burocracias próprias que decorrem do tipo de instituição e do seu funcionamento bem como dos profissionais que a executam.

As responsabilidades dos agentes públicos e privados incluídos no pacto social alteraram-se. As estatísticas demonstram que o número de pessoas apoiadas em programas nacionais como o rendimento social de inserção, o complemento solidário para pessoas idosas e o apoio a crianças e jovens diminuiu entre 2010 a 2015 (Direção Geral da Segurança Social, 2015); e o número de convénios e parcerias com instituições de solidariedade social aumentou nos últimos anos (Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social, 2014). A pobreza estrutural agravou-se contribuindo para o aumento das desigualdades e para que Portugal seja dos países mais desiguais do espaço europeu (European Anti Poverty Network 2015).

Neste, texto pretendemos analisar o plano de emergência social e o programa da rede de cuidados continuados integrados, partindo da tese de que “as transformações que se produzem na construção social das profissões e nas actividades dos profissionais, não são uma geração espontânea de novas práticas, mas dependem das evoluções que se produzem no seio das políticas públicas” (Autès, 1999, p. 255).

Estas alterações afetam de forma direta a intervenção dos assistentes sociais, reduzindo a sua atuação a um nível mais instrumental e burocrático, orientando-a através de *guidelines managerialistas* focalizados mais nos procedimentos e na obtenção de resultados imediatos, do que no processo de mudança que resulta da interação entre as necessidades e a emergência das situações de desigualdade e de pobreza.

1. Objetivos, metodologia e questões de ética

Este artigo aborda as transformações da política social na área da ação social e na área da saúde em tempo de crise económica e financeira e de intervenção do fundo monetário internacional, do banco mundial e do banco central Europeu (*Troika*), em Portugal, e analisa os *outcomes* destas mudanças no Serviço Social demonstrando os aspetos negativos e os desafios para a categoria profissional.

Tem como objetivo caracterizar o programa de emergência social que substituiu o plano nacional de ação para a inclusão e a evolução da implementação da rede nacional de cuidados continuados integrados e situar os desafios para a profissão do Serviço Social em contextos de emergência social e de retração das políticas públicas. Optamos pela análise de documentos, dados estatísticos e estudos efetuados nestes últimos anos sobre esta temática.

Nesta análise tivemos em consideração os princípios éticos da pesquisa em termos de confidencialidade, anonimato e autonomia. Este artigo não apresenta conflitos de interesses entre as partes envolvidas, os profissionais, as entidades empregadoras e as que representam os profissionais de Serviço Social.

2. O Programa de Emergência Social

Entre 1999 e 2010 foram desenvolvidas ações integradas em programas nacionais de ação para a inclusão, que incluíam as grandes orientações das políticas sociais. Estes programas identificavam os grandes eixos de atuação considerando os grupos vulneráveis como mulheres, emigrantes, pessoas idosas e crianças e jovens. A partir de 2010 estes

programas nacionais foram descontinuados e o governo de coligação de direita, sob a *Troika* e o *Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica* (Governo da República Portuguesa, 2011), aprovaram um programa denominado de emergência social.

A partir dessa data deixaram de existir programas de combate ao desemprego e à inclusão de grupos vulneráveis, à pobreza e as ações passaram a ser orientadas para a responsabilidade social e para a gestão da pobreza denominadas de ações de emergência, na urgência social. O Estado abdicou de algumas das suas funções considerando ser suficiente a intervenção das instituições do setor privado não lucrativo e lucrativo. Face aos desafios do aumento do desemprego e da pobreza estas entidades foram responsabilizadas para organizarem um conjunto de ações, nem sempre articuladas entre si, tais como bancos alimentares e cantinas sociais. Para a criação de emprego valorizou-se a cultura do empreendedorismo e do empreendedorismo social como soluções possíveis. Estas orientações estão incluídas no programa europeu *Europa 2020* como uma das formas de fazer face ao desemprego e à pobreza (Comissão Europeia, 2010).

O Programa de Emergência Social (PES), da responsabilidade do Ministério da Solidariedade e Segurança Social (2011), teve início em Outubro de 2011 e finalizou em Dezembro de 2014. O desenvolvimento do PES e a execução enquadraram-se no período de subordinação ao *Memorando de Entendimento* (cuja versão inicial remonta a maio de 2011) e à denominada *Troika*, responsável pela monitorização do plano de resgate a Portugal (European Commission, 2011). Embora o *Memorando* refira a necessidade de proteção de grupos mais vulneráveis, é fundamentalmente um documento que prevê medidas restritivas das despesas para atingir a consolidação orçamental das contas públicas.

Neste cenário, o PES ficou desde logo limitado pelos objetivos financeiros e ideológicos das medidas exigidas no Memorando. De modo direto ou indireto, as medidas exigidas pelo *Memorando* significaram a redução da proteção social pública (aumento da economia social - privada) em valor de benefícios e em extensão de cobertura. Ocorreram reduções nos valores das prestações sociais, reformas e outros benefícios, foram extintos alguns benefícios e agravaram-se os critérios de elegibilidade para outros, aumentaram-se impostos sobre os rendimentos e impostos indiretos sobre o consumo, para além de uma contribuição extraordinária de solidariedade sobre as pensões (Comité Português para a UNICEF, 2013).

A motivação central para a criação do PES baseou-se na procura de ganhos em eficiência e eficácia num contexto de austeridade financeira dos gastos sociais públicos. No plano fala-se mesmo numa mudança de paradigma das respostas sociais, que ilustra estratégias de proximidade local aos problemas e às respostas existentes nas comunidades, traduzindo processos de privatização e descentralização, privilegiados pelas políticas do *New Public Management*, que têm vindo a ser executadas nas Administrações Públicas europeias (Netto, 2013, Raichelis, 2013).

Com o PES, o executivo nacional pretendeu criar um “modelo de inovação social” para fazer face às crescentes e agudizadas situações de grave carência social, combatendo a falta de eficácia e a duplicação de respostas, e apostando em estratégias de capacitação e promoção, individuais e colectivas. O objetivo fundamental foi garantir qualidade e segurança nas respostas sociais sem a criação de mais estruturas e medidas, isto é, fazer mais com os mesmos recursos (e se possível com menos). O PES acabou igualmente por substituir os Planos Nacionais para a Inclusão (PNAI), cujo último plano tinha terminado em 2010 sem ter sido reprogramado. Contrariamente a estes planos, o PES centrou-se na identificação das “situações de resposta social mais urgente”, focalizando-se “em medidas e soluções simples e diretas, que minorem o impacto social da crise”, com base “na promoção e proteção dos direitos das pessoas em situação de maior vulnerabilidade e em grupos de risco” e apostando antes de mais “na proximidade e experiência de uma rede nacional de solidariedade” diretamente envolvida na prestação de apoio social (Ministério da Solidariedade e Segurança Social, 2011). Destas palavras podemos concluir a orientação declaradamente emergencial deste programa, e consequente afastamento dos ideais universalistas de proteção social, consubstanciados constitucionalmente, e prosseguidas pelos planos nacionais para a inclusão social.

O PES elegeu cinco áreas de intervenção prioritárias: Famílias, Idosos, Deficiência, Voluntariado e Instituições.

No que diz respeito às famílias, podemos identificar medidas de aumento do rendimento para casais desempregados com filhos, formação, acesso ao ensino e medidas, no âmbito das crianças em risco. A maior parte das medidas propostas centra-se na capacitação dos indivíduos e em apoios monetários ou em espécie para as situações de maior privação socioeconómica. Salientamos a criação de cantinas sociais, apoios à aquisição de material educativo, majoração do subsídio de desemprego e tarifas sociais para transportes e energia.

A capacitação e responsabilização dos indivíduos na sua inclusão é central no PES, privilegiando-se, por exemplo, as opções de apoio a projetos de microcrédito e de empreendedorismo, para promover a criação de emprego, programas de literacia financeira, para assegurar uma melhor gestão individual e familiar de rendimentos baixos, ou ainda projetos de trabalho ativo e solidário, para pessoas desempregadas mais vulneráveis, em colaboração direta com as instituições de ação social em cada território, promovendo o seu sentido de utilidade social.

Um exemplo das poucas medidas com um alcance mais alargado de intervenção é o reforço da dotação orçamental disponível para escolas em Territórios Educativos de Intervenção Prioritária (TEIP), intervindo diretamente sobre fenómenos promotores de exclusão social. Para as crianças e jovens em risco também foi prevista a criação de mais dezassete comissões de proteção, mas sobretudo visou-se uma maior eficiência e eficácia na atuação das respostas sociais já existentes.

Para as pessoas idosas, as medidas incluem respostas ao nível da saúde e do acesso a cuidados continuados, respostas sociais para combater o isolamento, bem como um ligeiro aumento (em 3,1%) das pensões sociais e rurais. Também nesta dimensão se privilegiam opções de acesso direto a bens e serviços, como um Banco de medicamentos, e a melhoria do acesso aos cuidados de saúde com base numa melhor articulação interinstitucional (mais do que com aumento de recursos disponíveis para a saúde).

No âmbito das pessoas com deficiência, o PES inclui ações para o emprego (no sentido de reforçar a empregabilidade das pessoas com deficiência), acessibilidades, descanso do cuidador e promoção do voluntariado.

O voluntariado é aliás amplamente promovido neste programa mesmo enquanto área específica de intervenção. Avança-se com a elaboração de um plano nacional para o voluntariado, criação de um novo regime jurídico para o voluntariado, certificação das horas de voluntariado nos diplomas escolares, promoção do voluntariado jovens e ainda a promoção da responsabilidade social dos funcionários da administração pública.

Por último, as instituições particulares não lucrativas têm neste programa um grande destaque. Incluem-se nele medidas de política fiscal e apoio financeiro, legislação, formação, e a contratualização da gestão de respostas e equipamentos sociais do Estado para as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS).

Especialmente para o financiamento das IPSS inclui-se um “reforço das verbas de ação social em cerca de 16% ou seja, em cerca de 254 Milhões de euros,” relativamente a 2010, o aumento em 1,3% da verba para acordos de cooperação, bem como outros modos de incremento do financiamento disponível para apoio destas organizações.

Apenas pela alteração da legislação das respostas sociais de creche e lar de idosos consegue-se aumentar o número de vagas possíveis nestas respostas sociais, permitindo designadamente uma lotação por sala ou quarto superior ao anteriormente legislado. Também através de alterações legislativas se promovem outras melhorias nomeadamente em relação à segurança alimentar, facilitando os procedimentos das instituições. Uma das respostas inovadoras no âmbito do apoio às instituições sociais é a criação da Lei da Economia Social que pretende apoiar o desenvolvimento deste setor de proteção social não estatal, sendo uma medida de longo prazo para fazer face às situações sociais emergênciais.

2.1. Efeitos da execução do Programa de Emergência Social - PES

De forma premente, o Programa ilustra o que podemos considerar como uma regressão na ação social, no sentido de voltar ao predomínio de uma intervenção assistencialista “refilantropizada” e restrita a um nível preferencialmente micro de intervenção orientada para a responsabilidade individual e já não coletiva (Netto, 2013).

Entre 2010 e 2013 o apoio estatal às famílias decresceu e os impostos aumentaram, diminuindo significativamente o rendimento disponível para a maioria dos agregados, especialmente aqueles com crianças (Comité Português para a UNICEF, 2013). Este foi um plano de reparação das situações de crise mais gravosas, e não de prevenção das exclusões sociais ou promotor da inclusão social estrutural. Apenas situações de miséria ou de grande privação são atendidas, como uma “almofada social” face à grave crise socioeconómica do país, o que implica um apoio que deixa de lado todos os que apresentam uma situação ligeiramente melhor, mas que também podem estar em situação de pobreza ou com graves diminuições de proteção social.

Uma “almofada” baseada sobretudo na doação de bens e serviços em bens e serviços ligados a necessidades essenciais (como géneros alimentares ou refeições confeccionadas, roupas ou medicamentos) e menos na promoção efectiva de direitos sociais de inclusão

(Wall et al., 2013). O PES constituiu-se como um instrumento de descentralização das políticas sociais, colocando sobretudo no terceiro setor a responsabilidade efetiva de providenciar proteção social às populações.

Através dos indicadores disponíveis de pobreza e demais vulnerabilidades sociais, a vigência deste programa não parece ter sido eficaz enquanto instrumento de redução sustentada da pobreza (INE, 2014, 2015^a, 2015b). No geral, assistiu-se, como já referimos a um agravamento dos indicadores de pobreza e exclusão social no período de execução do plano. Passamos a evidenciar alguns destes indicadores, começando com a medida de Rendimento Social de Inserção (RSI), que tendo sido demonstrada como a prestação social com maior impacto na redução da intensidade da pobreza, foi a prestação social com maiores cortes. O número de beneficiários decresceu de 526.013 em 2010 para 360.153 em 2013 (Comité Português para a UNICEF, 2013).

A taxa de risco de pobreza após transferências sociais foi 17,9% em 2011 e em 2014 subiu para 19,5%. Se usarmos o indicador de linha de pobreza ancorada em 2009, a taxa de risco de pobreza em 2014 atinge os 24,2% no total (INE, 2015b). A taxa de privação material severa aumentou durante a vigência do plano, de 8,9% em 2012 para 10,6% em 2014. A desigualdade na distribuição de rendimentos (S80/S20) também aumentou de 5,8 em 2011 para 6,0 em 2014 (INE, 2015b).

Para além dos dados oficiais um estudo independente da Fundação Francisco Manuel dos Santos (FFMS) demonstra que os cortes nos programas e projetos sociais tiveram um impacto muito negativo sobre o rendimento das famílias, as quais apresentam índice de empobrecimento preocupantes com valores idênticos à década de oitenta (FFMS, 2016). O rendimento das famílias diminuiu em média (10%), sendo que os 10% dos mais pobres perderam 20% dos rendimentos, e os 10% mais ricos perdem 13%. De entre estes os mais jovens, as famílias numerosas com crianças a cargo, os desempregados, as pessoas menos qualificadas e com mais idade, as mais afetadas pela perda dos rendimentos (FFMS, 2016).

2.2. Serviço Social e intervenção na emergência social

O Programa de Emergência Social tem a sua base no conceito de emergência social, como o seu nome explicitamente demonstra. Este conceito evidencia, por um lado, a urgência da ação, e por outro lado uma temporalidade curta em resposta à necessidade imediata. Na sua analogia médica, implica também um suposto agravamento accidental ou não planeado de

uma dada situação, uma certa excecionalidade, e o reconhecimento de um sofrimento sentido numa situação, que é necessário diminuir ou extinguir. Nas palavras de Brémond, Gérardin e Ginestet (2002, pp.129-130), a emergência social pode definir-se como “a necessidade de intervir imediatamente e dar uma resposta, face a uma situação imprevista, considerada como ameaça e colocando a existência da pessoa ou famílias em perigo”.

Contudo, neste caso, a emergência era previsível pois ao assumir a retração das políticas publicas e ao abdicar das suas funções protetoras o Estado deixou vulnerável uma camada da população significativa. A primeira aparição da expressão “emergência social” acontece em França nos anos 1980, ganhando destaque nos anos 90 e nos últimos dez anos surge com mais visibilidade devido à crise do Estado social (Emmanueli e Frémontier, 2002; Emmanueli e Malabou, 2009, Gardella e Cefaï, 2011, Terrolle, 2005). Em Portugal, o conceito de emergência social, surge no início dos anos 80 com a criação do Serviço de Acolhimento único de Lisboa e no Programa do XI Governo, em 1986. Em 1988 é criado o Serviço de Emergência Social na Santa Cada da Misericórdia de Lisboa e paralelamente gabinetes de atendimento em emergência social nos centros distritais da segurança social.

A emergência tem vindo a afirmar-se como paradigma de intervenção social perante o agravamento dos problemas de exclusão social, e o conseqüente aumento da procura de ajuda relacionada com a vulnerabilização crescente das populações, num contexto de diminuição dos meios de resposta institucionalizados, principalmente em termos de direitos sociais (Garcia, 2011, Netto, 2013, Raichelis, 2013). Atua-se em situação de emergência face à diminuição da capacidade do estado social de inserir os indivíduos e famílias nos sistemas sociais de cidadania, uma vez que o sistema capitalista especulativo dominante não tem reais pretensões de inclusão, mas é pelo contrário produtor de processos de exclusão em massa (Netto, 2013, Raichelis, 2013).

Este processo tem impactos para as profissões sociais. Ao agirem em emergência, os profissionais, colocam-se perante uma “equação impossível” (Garcia, 2011, p. 49); terem de desenvolver a sua missão de intervenção num contexto em que cada vez há menos soluções e respostas para as situações identificadas, analisadas e acompanhadas. Este dilema profissional semeia facilmente sentimentos de impotência e mesmo processos de *burnout* face aos problemas e às múltiplas tensões quotidianas. Neste contexto a emergência social constituiu-se como fim em si mesma reduzindo a ação profissional a mera gestão das urgências instituindo burocracias profissionais de gestão de recursos escassos.

A emergência é uma situação excecional, que deve ser abordada como tal. Contudo, vemos crescentemente a emergência social passar de excecional a um estado permanente (Terrolle, 2005). Atua-se deste modo, porque não se consegue (ou não se pretende) ir às causas estruturais da situação, elegendo uma intervenção em último recurso como princípio geral (Brémond et al, 2002). E deste modo a emergência cria a sua própria procura, que o “negócio da caridade” da filantropia e do voluntariado (Terrolle, 2005) acaba por sustentar e fomentar (Brémond et al, 2002; Laïdi, 1998).

Os profissionais limitam-se a gerir a pobreza, ou a gerir o não trabalho, em vez de intervirem no sentido da alteração significativa, estrutural, das situações de pobreza ou de desemprego (Raichelis, 2013). A prática profissional do Serviço Social assume deste modo e cada vez mais uma dimensão fundamentalmente de controlo, em detrimento de uma prática de emancipação ou transformação e de justiça social, abrindo as portas ao retorno do assistencialismo enquanto filosofia da ação social (Netto, 2013).

3. Cuidados continuados integrados (social e saúde)

Em 2006 foi criada pelo Decreto-Lei 101/2006 a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Esta rede surge de uma articulação entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social e rege-se pelo princípio da gestão integrada associando cuidados de saúde e de apoio social. Durante o período de intervenção e controlo financeiro internacional denominado por a *Troika*, a rede continuou o seu processo de implementação, contudo não resistiu a alterações que acabaram por afetar o seu funcionamento e desenvolvimento previsto.

A constituição da rede acompanha a tendência europeia que defende o princípio da intersectorialidade como garante das necessidades de saúde das populações. Na especificidade do caso português, os cuidados continuados integrados estão definidos como

um conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrada na recuperação global entendida como processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia, melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social (Decreto-Lei 101/2006, p. 3857).

Este programa foi concebido para ser implementado em dez anos (2006 a 2016). O programa foi desenvolvido por regiões, primeiro no centro, no norte, no Algarve, no Alentejo e por último na região de Lisboa e Vale do Tejo. Nesta última região o programa apresentou algumas dificuldades em ser implementado: pelo elevado custo dos terrenos; pela existência de um maior número de respostas para pessoas dependentes públicas e privadas; pela desarticulação destas respostas e por ser a região com maior procura de cuidados de saúde e de apoio social (Carvalho, 2012). A rede é estratificada segundo níveis de coordenação distintos e é constituída por unidades e equipas de cuidados de saúde e de apoio social. O seu funcionamento sustenta-se através de uma coordenação nacional, de topo, que se vai estendendo por equipas de coordenação regional (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve), numa articulação próxima com centros distritais de solidariedade e segurança social e com as equipas de coordenação local, que por sua vez se abrem à rede social e comunitária e às autarquias. Ainda sobre a gestão da rede, merecem destaque, a monitorização e o registo de atividade assistencial, de acordo com as tipologias de internamento e ambulatório.

As tipologias de internamento são as unidades de: convalescença (tratamentos e supervisão clínica, continuada e intensiva, com duração de 30 dias); média duração e reabilitação (suporte clínico e de reabilitação e apoio psicossocial com perda transitória de autonomia e potencialmente recuperável, com duração entre 30 a 90 dias); longa duração e manutenção (doença crónica com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem tratadas no domicílio, com duração superior a 90 dias ou temporariamente para prestação de suporte aos familiares cuidadores); e cuidados paliativos (doentes complexos e em sofrimento decorrente de doença severa ou avançada, incurável ou progressiva, sem limite de internamento).

As tipologias de ambulatório dividem-se em dois níveis: equipas de gestão de alta e equipas intra-hospitalares de cuidados paliativos, (em contexto hospitalar); equipas de cuidados continuados integrados e equipas comunitárias de suporte a cuidados paliativos que funcionam através dos cuidados de saúde primários (Carvalho, 2012, p. 88-89).

A RNCCI, como política de saúde integrada, ousou quebrar o modelo *mainstream* dos cuidados hospitalares e dos cuidados de saúde primários, para ir ao encontro das necessidades dos cidadãos e à prestação de cuidados na comunidade. A continuidade de cuidados não sendo estática, atua numa realidade em constante mutação, daí a necessidade de complexificar a oferta da tipologia de cuidados disponíveis.

Em termos evolutivos a sua implementação apresentou progressos no apoio a pessoas vulneráveis com doença crónica, bem como em matéria de reabilitação após internamento hospitalar. A rede tem apresentado um crescimento progressivo do número de camas nas diferentes tipologias de cuidados. Se no final de 2008 já tinha 2.870, em Dezembro de 2015, o número já alcançava as 7.760 camas traduzindo um crescimento na ordem dos 170% (Ministério da Saúde, 2016). Apesar dos progressos, a sua implementação ficou aquém das metas iniciais de implementação até 2016, havendo listas de espera para os doentes se integrarem na rede de cuidados.

3.1. Efeitos da crise na rede de cuidados continuados integrados

A crise económica e financeira levou a uma reprogramação do prazo de implementação total da RNCCI de 2016 para 2013 (Decreto-Lei 25/2010, de 29 de Março) o que acabaria por comprometer a meta previamente definida. A conclusão da terceira fase, que corresponderia à consolidação das unidades e à harmonização do modelo, deveria chegar às 15.308 camas nas várias unidades da rede, segundo o rácio de camas por população com mais de 65 anos (Entidade Reguladora da Saúde, 2013, p.50), o que implicaria, à partida a necessidade da extensão do tempo para a consolidação desta meta, pois ainda subsiste uma derrapagem na ordem dos 150 a 160%, relativamente à cobertura total convencionada.

Uma das lacunas da RNCCI reside na capacidade de oferta de equipas domiciliárias comunitárias de suporte aos cuidados paliativos e das unidades de ambulatório de dia e promoção de autonomia, estas últimas inexistentes, por questões de ordem financeira/recursos, de planeamento e de regulamentação (Entidade Reguladora da Saúde, 2013, p. 50-52).

No período de crise financeira o percurso da RNCCI não foi fácil, apresentando divisões de responsabilidade distintas, tais como: diferentes organizações de cuidados de saúde e sociais pelo território nacional; e um grau de incerteza substancial sobre o volume e o tipo de procura futura de cuidados continuados (Costa-Font et al., 2008). Esta incerteza na modernização dos cuidados foi influenciada: pelas restrições orçamentais do *Memorando de Entendimento* subscrito por Portugal e pelos parceiros internacionais e pela instabilidade no financiamento de que depende este nível de cuidados, nomeadamente na captura de verbas dos jogos sociais nacionais (lotaria, totoloto e euro milhões, joker) da santa casa da misericórdia de Lisboa; e pela dificuldade de acesso.

A implementação e expansão da Rede fica assim, a meio do seu percurso, sujeita a alterações de contexto significativas e que, paulatinamente, tem vindo a exigir novas formas de financiamento e até mesmo de organização, principalmente nos distritos com baixo acesso aos cuidados continuados com internamento, a saber: Lisboa, Porto, Setúbal, Braga, Castelo Branco, Guarda, Aveiro, Leiria, nas regiões Norte, Centro e de Lisboa e Vale do Tejo (Entidade Reguladora da Saúde, 2013, p. 91).

A RNCCI começou a suscitar dúvidas para um futuro de médio prazo dada a imperiosa coordenação de necessidades sociais e de saúde dos utentes, pela desadequação da tipologia de oferta de cuidados (assimetrias regionais e por tipologia), e por questões relacionadas com a sua sustentabilidade/ financiamento (Costa, 2016). Refira-se que o custo da execução global entre o ano de 2006-2015 foi de quase € 941 milhões de Euros (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015).

Considerando o caminho já percorrido e a expansão da Rede, é fundamental modernizar o modelo e a diversidade da oferta, para que esta tenha maior impacto na população e possa introduzir maior equilíbrio entre a procura de cuidados. Neste sentido é importante equacionar um novo rumo, o que implica visitar algumas recomendações internacionais para fazer face aos problemas comuns dos sistemas de cuidados continuados, apesar das divergências de padrões e da dificuldade em perspetivar análises comparativas.

Uma dessas recomendações assenta, sobretudo na amplitude de uma gama de serviços de qualidade para idosos, na existência destes cuidados intermédios em áreas distintas: “internamento, ambulatório e domicílio e, dentro da sustentabilidade financeira e da acessibilidade à população” (Cruz-Jentoft et al, 2008, citado em Administração Central do Sistema de Saúde, 2013, p.22). Outra recomendação passa pela abordagem holística e inclusiva dos setores público, privado e do terceiro setor, bem como na identificação e reconhecimento de ferramentas ou de boas práticas, baseadas na evidência, que conduzam ao progresso, à enformação de políticas e práticas, em questões como a avaliação e monitorização de cuidados, no suporte a cuidadores informais, na governação e nas questões financeiras (Administração Central do Sistema de Saúde, 2013, p.23).

Atualmente considera-se que o futuro da rede e a sua expansão enquanto política passa por reforçar serviços subdesenvolvidos ou que não estão em funcionamento (ex cuidados domiciliários e de ambulatório) e por integrar outros serviços de apoio a pessoas em situação de dependência (Ministério da Saúde, 2016).

3.2. Serviço Social na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

O Serviço Social na gestão das políticas públicas tem a missão de adequar a perspetiva mediadora da profissão à preocupação do estado com a “Questão Social” (Yazbek, 1999). A forma como as políticas de saúde se manifestam nas organizações e como são interpretadas pelos prestadores de cuidados podem enviesar o propósito para o qual foram desenhadas, tenderem a ser ineficazes ou até comprometer direitos de cidadania. Neste particular domínio são os assistentes sociais que atuam na defesa dos cidadãos e das suas famílias. A política de cuidados continuados integrados não é exceção, principalmente, quando se coloca em causa o acesso, a adequação e a sua eficácia - seja no apoio prestado por equipas domiciliárias ou por unidades de convalescença, reabilitação, manutenção ou cuidados paliativos.

Os profissionais de Serviço Social legitimam a sua missão tendo como pano de fundo as medidas e a legislação de referência e no caso da rede nacional de cuidados continuados onde têm atribuições definidas pela Direção Geral da Saúde. A integração de assistentes sociais nesta Rede resulta de um imperativo legal que emerge da defesa dos direitos humanos e da justiça social e o seu envolvimento em todas as unidades e equipas funcionais é obrigatório. As atribuições e as competências dos assistentes sociais na RNCCI referem-se à sua participação no processo de planeamento da alta. Este processo é tido como um dos mais importantes do Serviço Social na Rede e caracteriza-se pelo “conjunto de actividades que se inter-relacionam ou interagem entre si, transformando elementos de entrada em elementos de saída” (Colomer e Rustullet, 2010, p.122).

A estratégia de ação é delineada de acordo com a habilidade técnico-operativa de cada profissional e depende dos objetivos de intervenção e de cuidados de cada indivíduo tendo presente os recursos existentes e necessários (Direção Geral da Saúde, 2007). Assim, as principais competências dos profissionais de Serviço Social são:

- Participar na referenciação dos doentes, o que envolve a validação de critérios clínicos e a elaboração da avaliação social;
- Planear os cuidados para unidades ou equipas de cuidados continuados Integrados, ou para outros cuidados de longa duração assegurados na comunidade e/ou domicílio que visem a melhoria de qualidade de vida, a prossecução do plano terapêutico e o acompanhamento de proximidade (Carvalho, 2014).

A intervenção social é despoletada quando se encontra o foco do problema partindo-se para a hipótese que poderá alterá-lo. Esta é estabelecida pela via contratual (escrita e verbalizada). Importa salientar que a via contratual negociada reveste-se de grande importância por duas razões distintas: a primeira, porque constitui prova da responsabilização pela eventual mudança social, a segunda porque é a etapa que reúne mais resistência, podendo “deitar-se por terra” o projeto/plano de ação entretanto desenhado (ex recusa de integração unidade/equipa de CCI).

Mais se acrescenta que é nesta fase que a intervenção social pode ser mensurável, como sendo eficaz ou ineficaz, o que coloca no assistente social, a capacidade para gerar esse “sentido de coerência” nos indivíduos e nas partes interessadas envolvidas. A intervenção dimensiona os aspetos da concretização, da execução e da monitorização de ações planeadas para determinados objetivos (Ng e Chan, 2005).

O profissional assume a ambivalência da sua ação: por um lado o estabelecimento de uma relação empática e a necessidade de definir metas e reduzi-las a escrito ou a outras formas de contratualização – burocratização; e por outro o colocar em prática as normas e regras inscritas na lei dos cuidados continuados integrados. Estas duas atividades nem sempre são compatíveis entre si e até podem ser contraditórias, sobretudo num contexto de intervenção na urgência de respostas de continuidade de cuidados.

O profissional assume o papel de facilitador, de consultor, (advocacia social) e de gestor (ocupando-se de forma negociada das ações que devem ser realizadas para atingir mudanças nos indivíduos, seja ao nível do apoio social, da saúde ou do acesso a regimes de subsidiariedade), mas também de controlador e de regulador do acesso aos serviços.

Num estudo efetuado por Costa (2016) é demonstrado que só 16% dos doentes referenciados a esta rede têm acesso efetivo das respostas da rede (internamento de curta, media e longa duração e de cuidados em ambulatório no domicílio). Cerca de 85 % dos doentes não tem acesso à Rede, ou porque não são elegíveis para entrada na mesma ou porque não há vagas. Com os doentes que não têm acesso à rede os profissionais de Serviço Social definem estratégias de intervenção no sentido da família ser o seu principal cuidador; ou de complementar os cuidados com respostas tradicionais já existentes na comunidade, não pertencentes à rede, como é o serviço de apoio domiciliário ou as unidades residenciais para as pessoas idosas. Os restantes doentes acabam por falecer.

São os profissionais de Serviço Social que estão na linha da frente e se confrontam diariamente com a necessidade de conjugar a procura de serviços, as necessidades dos cidadãos, a urgência das situações, com políticas sociais balizadas por dimensões económicas e financeiras, em vez de direitos. A sua prática profissional está limitada pela escassez de respostas disponíveis para a população: programas, projetos e instituições, acabando por vezes por não conseguir concretizar os princípios fundamentais dos direitos humanos e da justiça social.

É importante que assistente social tenha consciência do papel que tem nesta rede e na intervenção nos contextos de escassez e de urgência social, no sentido de participar em discussões que permitam tomar medidas mais justas e adequadas aferidas pela experiência do exercício profissional e da avaliação da sua intervenção (Becket, 2009).

Conclusão

Durante o período de gestão da crise económica e financeira, todos os setores da sociedade civil sofreram com os efeitos da crise e com o *Memorando de Entendimento* subscrito pelos partidos do “arco da governação” e pelas instituições internacionais (Comissão Europeia, Banco Central Europeu e Fundo Monetário Internacional - Troika).

Todas as linhas de orientação para a governação do social e da saúde e a própria agenda nacional, ficaram subjugadas a uma estratégia global, que condicionou metas e escolhas propostas pelo governo em funções, designadamente, uma redução na despesa do estado com a função social “Saúde” (Ministério Finanças, 2012). As políticas de austeridade enfraqueceram os direitos económicos e sociais dos cidadãos portugueses.

Ao analisarmos dois tipos de política que nem sempre se relacionam entre si, nomeadamente a política de emergência social e a política de cuidados continuados integrados salientamos duas áreas chave onde os profissionais do Serviço Social desenvolvem a sua práxis.

Da reflexão tida acerca das transformações destas áreas da política social enquanto paradigmas da intervenção social destacamos algumas implicações para a categoria

profissional, tais como: a) a alocação de recursos como processo sociopolítico burocrático; b) a temporalidade da intervenção e c) a formação e supervisão profissionais.

a) A alocação de recursos como processo sociopolítico burocrático.

Em contexto de austeridade a política e a intervenção é orientada para a alocação de recursos e controlada por orçamentos escassos que determinam quem tem ou não acesso aos serviços. Assim, quando temos de intervir em situações de emergência e de escassez de recursos, a distribuição da ajuda é uma escolha mais política do que técnica.

Na emergência e na urgência de acesso a cuidados continuados orientados por políticas (escassas) são definidas prioridades de atuação e de alocação de recursos que servem como processos legitimadores dessas prioridades. Em intervenções de emergência não há espaço para reflexão sobre as consequências da intervenção. Esta transforma-se numa prática burocrática, numa gestão de recursos, num processo *managerialista*.

O profissional torna-se um avaliador do risco individual. Este processo requer uma triagem eficiente e eficaz que determine quem são “os mais pobres, dos pobres”, “os mais necessitados, dos necessitados” constituindo-se esta ação uma preocupação moral-operativa em definir quem merece ou não merece receber apoio. É uma política de ação assente na meritocracia e não em princípios universais e de justiça social.

b) (Re)pensar a temporalidade da intervenção.

A intervenção no contexto emergencial de urgência e num quadro de política social de recursos escassos, traduz-se mais em ações do que em reflexões (por exemplo, se estamos perante uma situação de fome, dá-se comida; se a pessoa está a viver na rua, providencia-se um alojamento temporário; se a pessoa tem necessidade de cuidados, providencia-se um cuidador). Este tipo de ações coloca em causa a prática reflexiva e crítica do assistente social, e mesmo em última instância pode interrogar o trabalho profissional que exige uma ação sistematizada, pensada e estruturada, onde as intervenções necessitam de tempos de atuação de médio e longo (ou muito longo) prazo.

As respostas sociais imediatas e baseadas em espécie, são muitas vezes passíveis de serem providenciadas por pessoas voluntárias beneméritas, sem outra preparação que não seja o sentimento moral de agir no sofrimento humano, que embora sendo louvável não substitui a intervenção profissional não *ad hoc* nas situações problema (Brémond et al,

2002). Por outro lado, as intervenções com as famílias sem complementaridade de recursos sociais vulnerabilizam o processo de cuidar.

A intervenção na emergência e em escassez de recursos desafia importantes aspetos na formação dos assistentes sociais, quer ao nível da sua natureza teórica e metodológica, ético-política, quer técnico-instrumental e emocional. Para o desenvolvimento destas dimensões é essencial que a formação dos profissionais seja contínua, que tenha presente estes desafios e que, concomitantemente se entendam os processos de supervisão externa, como práticas necessárias e estruturantes para o desenvolvimento de ações estratégicas neste domínio.

c) A formação e a supervisão dos profissionais.

A intervenção na emergência e em escassez de recursos desafia importantes aspetos de formação dos profissionais, quer de natureza teórica e metodológica, ético-política, técnico-instrumental e emocional. Para o desenvolvimento destas dimensões é importante que a formação dos profissionais tenha presente estes desafios e que se desenvolvam processos de supervisão externa que potenciem ações estratégicas neste domínio.

A emergência social corta com o tempo longo que a metodologia de intervenção em Serviço Social exige. Alternativamente valoriza a importância da observação e de análises imediatas e a escolha de soluções urgentes, nem sempre pensadas, bem como a necessidade de uma gestão produtiva em detrimento da valorização das emoções e da proximidade com os clientes. Este tipo de intervenção promove o fazer e não o pensar porque é necessário agir?

Para responder a estes desafios os profissionais têm de se aliar à academia e participar em processos de investigação ação que destaquem as dimensões da prática profissional, mas também inserir-se em movimentos sociais que denunciem práticas desajustadas e que promovam alternativas de atuação de acordo com os princípios dos direitos humanos e da justiça social. A intervenção neste enquadramento político e social de emergência e de escassez implica uma ação estratégica e política como forma de promover a mudança social.

Referências Bibliográficas

- Administração Central do Sistema de Saúde (2013). Implementação e Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Relatório Final, Março 2013. Recuperado em Julho 5, 2016 de <http://www.acss.min-saude.pt/category/cuidados-de-saude/continuados/>
- Administração Central do Sistema de Saúde (2015). Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. 1º Semestre de 2015. Departamento de Gestão da Rede de Serviços e Recursos em Saúde. Ministério da Saúde. Recuperado em Julho 5, 2016 de <http://www.acss.min-saude.pt/category/cuidados-de-saude/continuados/>
- Autès, M. (1999). *Les paradoxes du travail social*. Paris: Dunod.
- Barbalet, J.M. (1989). *A Cidadania*. Lisboa: Estampa.
- Becket, C. (2009). *Essential theory for Social Practice*. London: Sage.
- Brémond, P.; Gérardin, É.; Ginestet, J. (2002). En quoi l'urgence sociale interroge-t-elle les pratiques professionnelles? *Empan*, nº46, 129-135.
- Capucha, L. (2005). *Desafios da Pobreza*. Lisboa: Celta.
- Carvalho, M. I. (2014). Política de saúde e de cuidados continuados integrados em Portugal. O planeamento da alta em Serviço Social. *Revista Katálisis*. 17(2), 261-271, jul./dez. 2014.
- Carvalho, M. I. L. B. (2012). *Envelhecimento e cuidados domiciliários em instituições de solidariedade social*. Ed. 1, Vol. 1. Lisboa: Coisas de Ler.
- Colomer, M. e Rustullet, J. (Dir.) (2010). *Diccionari de Serveis Socials*. Generalitat de Catalunya, España: Direcció General de Serveis Socials.
- Comissão Europeia (2010). *Europa 2020. Estratégia para um crescimento inteligente, sustentável e inclusivo*. Comunicación [COM(2010) 2020 final]. Legislação e Publicações da UE. EUR-Lex. Recuperado em Julho 12, 2016 de <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN-PT/ALL/?uri=CELEX:52010DC2020>

- Comité Português para a UNICEF (2013). *As crianças e a crise em Portugal: Vozes de Crianças, Políticas Públicas e Indicadores Sociais*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF.
- Costa, J. L. da (2016). *O diagnóstico do Serviço Social na determinação do gradiente da vulnerabilidade dos doentes na transição dos cuidados hospitalares para os Cuidados de longa duração* (Tese de Doutoramento). Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa, Portugal. URI: <http://hdl.handle.net/10400.5/12761>
- Costa-Font, J., Wittenberg, R., Paxtot, C., Comas-Herrera, A., Gori, C., Di Maio, A, Pickard, L., Pozzi, A. e Rothgang, H. (2008). Projecting Long Term Care Expenditure in Four European Union Member States. The influence of Demographic scenarios. *Social Indicators Research*, 86(2), 303-321.
- Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho. Cria a Rede de Cuidados Continuados Integrados. *Diário da República* nº 109/2006, Série I-A de 2006-06-06. Pág. 3856 – 3865.
- Decreto-Lei nº 25/2010, de 29 de Março. Prorroga, até 31 de Dezembro de 2010, a vigência do regime excepcional criado pelo Decreto-Lei n.º 48/2008, de 13 de Março, para a instalação ou requalificação dos serviços de saúde integrados na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Diário da República* nº 61/2010, Serie I de 2010-03-29. Pág. 980-981
- Direção Geral da Saúde. (2007). *Manual de Boas práticas para Assistentes Sociais na Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção Geral da Segurança Social. Instituto de Informática (2015). A Segurança Social em números. Recuperado em Julho 12, 2016 de <http://www.seq-social.pt/documents/10152/f7ce30be-6887-47fd-b7d6-1171b08c4d91>
- Emmanuelli, X., & Frémontier, C. (2002). *La fracture sociale*. Paris: Presses universitaires de France.
- Emmanuelli, X., & Malabou, C. (2009). *La grande exclusion*. Paris: Bayard Culture.

Entidade Reguladora da Saúde (2013). Avaliação do Acesso dos utentes aos Cuidados Continuados de Saúde.

Recuperado em Julho 12, 2016 de https://www.ers.pt/pages/73?news_id=620

European Anti Poverty Network (2015). Dados Estatísticos. *Indicadores sobre a Pobreza, europeus e nacionais*. Atualização de outubro 2015. Porto: EAPN – Rede Europeia Anti-Pobreza / Portugal. Recuperado em Julho 12, 2016 de

<http://www.eapn.pt/index.php/documento/468/indicadores-sobre-pobreza-dados-europeus-e-nacionais>

European Commission (2011). The Economic Adjustment Programme for Portugal. Directorate-General for Economic and Financial Affairs. Economic Publications, occasional papers 2011, nº 79. Recuperado em Junho 2, 2016 de

http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2011/op79_en.htm

Ferreira, A. (2013). *Serviço Social e desemprego de longa duração*. Lisboa: Editorial Cáritas.

Fundação Francisco Manuel dos Santos (2016). *Portugal Desigual: Um retrato das desigualdades dos rendimentos e da pobreza no país*. Lisboa: FFMS. Recuperado de

<http://portugaldesigual.ffms.pt/>

Garcia, B. (2011). État d'urgence pour l'urgence sociale. *Empan*, nº 84, 45-49.

Gardella, E.; Cefaï, D. (2011). La morale de l'urgence sociale: une enquête au SAMU Social de Paris. *Empan*, nº 84, 18-24.

Governo da República Portuguesa (2011). Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica. 17 de maio de 2011. Recuperado em Maio 25, 2015 de: http://www.portugal.gov.pt/media/371372/mou_pt_20110517.pdf

Instituto Nacional de Estatística (INE) (2011). Censos 2011. Resultados Definitivos, Estatísticas Oficiais. Recuperado em Julho 12, 2016 de

http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos2011_apresentacao&xpid=CENSOS

- _____ (2014). Informação Estatística. Destaques, 24 de março de 2014: 18,7% em Risco de pobreza em 2012. Recuperado em Agosto 7, 2016 de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdestboui=208819520&DESTAQUESmodo=2
- _____ (2015a). Informação Estatística. Destaques, 30 de janeiro de 2015: O risco de pobreza continuou a aumentar em 2013. Recuperado em Agosto 7, 2016 de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdestboui=223346238&DESTAQUESmodo=2
- _____ (2015b). Informação Estatística. Destaques, 18 de dezembro de 2015: O risco de pobreza manteve-se em 19,5% em 2014. Recuperado em Agosto 7, 2016 de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdestboui=224739104&DESTAQUESmodo=2
- Laïdi, Z. (1998). L'urgence ou la dévalorisation culturelle de l'avenir. *Esprit*, nº 240, 8-20.
- Ministério das Finanças (2012). Orçamento Estado. Relatório. Recuperado em Agosto 7, 2016 de <http://static.publico.pt/docs/economia/PropRelOE2012.pdf>
- Ministério da Saúde (2016). Cuidados Continuados, Saúde e Apoio Social: Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019. Recuperado em Agosto 7, 2016 de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/04/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI.pdf>
- Ministério da Solidariedade e da Segurança Social (2011). *Programa de Emergência Social*. Lisboa: Governo de Portugal.
Recuperado em Agosto 7, 2016 de <http://www.portugal.gov.pt/pt/o-governo/arquivo-historico/governos-constitucionais/gc19/os-ministerios/msss/documentos-oficiais/20110805-programa-emergencia-social.aspx>
- Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social. Gabinete de Estratégia e Planeamento (2014). *Carta Social. Rede de Serviços e Equipamentos 2014*. Lisboa: Direção de Serviços de Apoio Técnico e Documentação.
Recuperado em Agosto 7, 2016 de <https://es.slideshare.net/Ruiteixeirasantos/carta-social-portugal-2014>

- Netto, J. P. (2013). Assistencialismo e regressividade profissional no Serviço Social. *Intervenção Social*, nº41, 11-35.
- Ng, S.M. & Chan, C.L.W. (2005). Intervention. In R. Adams et al. (Eds.) *Social Work Futures, Crossing Boundaries, Transforming Practice* (pp. 68-82). Londres: Macmillan Press.
- Pinto, C. (2011). *Representações e Práticas de Empowerment em Trabalhadores Sociais*. (Tese de Doutoramento). Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa, Portugal. URI: <http://hdl.handle.net/10400.5/4230>
- Raichelis, R. (2013). Proteção social e trabalho do assistente social: tendências e disputas na conjuntura de crise mundial. *Serviço Social e Sociedade*, nº116, 609-635.
- Terrolle, D. (2005). Du mirage de l'urgence sociale à la réalité anthropologique du terrain. *Les Cahiers de l'Actif*, nº 344/345, 21-37.
- Wall, K. (Coord.); Leitão, M.; Atalaia, S.; Cunha, V. (2013). *Políticas de apoio económico às famílias em 2013 (Policy Brief)*. Lisboa: Observatório das Famílias e das Políticas de Família /ICS.
- Yazbek, M. C. (1999). O Serviço Social como especialização do trabalho coletivo. In CFESS/Abepss e CEAD/UnB (Orgs.). Curso de Capacitação em Serviço Social e Política Social, módulo 2 (pp. 89-99): *Crise Contemporânea, Questão Social e Serviço Social*. Brasília: CEAD/UnB.

Maria Irene Carvalho é Licenciada, mestre e Doutorada em Serviço Social. Professora Auxiliar Convidada e investigadora integrada no Centro de Administração e Políticas Públicas (CAPP). Coordenadora do Grupo de Investigação em Serviço Social (GISS) do CAPP, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas (ISCSP), Universidade de Lisboa.
mcarvalho@iscsp.ulisboa.pt

Carla Pinto é Licenciada em Política Social, Mestre em Sociologia e Doutorada em Política Social. Professora Auxiliar e investigadora integrada no Centro de Administração e Políticas Públicas (CAPP). Coordenadora do Grupo de Investigação em Serviço Social (GISS) do CAPP, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas (ISCSP), Universidade de Lisboa.
cpinto@iscsp.ulisboa.pt

Jorge Lopes da Costa é Licenciado, Mestre e Doutoramento em Ciências Sociais na especialidade de Serviço Social. Assistente social no Centro Hospitalar Lisboa Norte e investigador no Grupo de Investigação em Serviço Social (GISS) do Centro de Administração e Políticas Públicas (CAPP), Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas (ISCSP), Universidade de Lisboa.
jlopesdacosta@hotmail.com

Cristina Duarte é Licenciada, mestre e Bolseira de doutoramento em Ciências Sociais na especialidade de Serviço Social. Investigadora no Grupo de Investigação em Serviço Social (GISS) do Centro de Administração e Políticas Públicas (CAPP), Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas (ISCSP), Universidade de Lisboa.
cristinaduarte@sapo.pt

Ana Paula Garcia é Licenciada e mestre em Serviço Social, Doutoranda em Ciências Sociais na especialidade de Serviço Social. Professora na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (ULHT), investigadora no Grupo de Investigação em Serviço Social (GIS) do Centro de Administração e Políticas Públicas (CAPP), Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas (ISCSP), Universidade de Lisboa.
apgmgarcia@gmail.com